



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
發展殘障服務處資格審定請求書
 REQUEST FOR DDD
 ELIGIBILITY DETERMINATION

FOR OFFICE USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Reapplication
DDD NUMBER:	

申請人資訊

姓氏	名字	中間名/縮寫	出生日期	社會安全號碼
地址		城市	州	郵遞區號
郵寄地址 (若與街道地址不同, 則須填寫)		城市	州	郵遞區號
電話號碼 (請包括地區號碼)		其他電話號碼 (請包括地區號碼)		性別
		<input type="checkbox"/> 工作電話 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 留言電話		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
申請人的婚姻狀況		文化程度:		
<input type="checkbox"/> 已離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚家長 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 寡居		<input type="checkbox"/> 8年級或以下 <input type="checkbox"/> 學士學位 <input type="checkbox"/> 9-11年級 <input type="checkbox"/> 研究院 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 無學歷 <input type="checkbox"/> 技術或商貿學校		

申請人是否有代表? 是 否 若是, 請填寫法定代表的姓名:

申請人通常的居住狀況

<input type="checkbox"/> 成人之家	<input type="checkbox"/> 養老院	<input type="checkbox"/> 擁有住宅 (與其他人在一起)
<input type="checkbox"/> 兒童寄養家庭	<input type="checkbox"/> 其他住宅	<input type="checkbox"/> 家長的住宅
<input type="checkbox"/> 合住家庭	<input type="checkbox"/> 擁有住宅 (獨自居住) <input type="checkbox"/> 擁有住宅 <input type="checkbox"/> 租房	<input type="checkbox"/> 親屬的住宅
<input type="checkbox"/> 無家可歸	<input type="checkbox"/> 由住房補貼方案提供的駐防	<input type="checkbox"/> 州府看護設施, 精神病治療安置
<input type="checkbox"/> 教管所	<input type="checkbox"/> 擁有住宅 (與配偶或同居人住在一起)	<input type="checkbox"/> 不清楚
<input type="checkbox"/> 配備有持照工作人員的住宿看護中心	<input type="checkbox"/> 擁有住宅 (與子女住在一起)	

聯絡人

姓名	關係		
郵寄地址	城市	州	郵遞區號
電話號碼 (請包括地區號碼)	其他電話號碼 (請包括地區號碼)		電子郵址
	<input type="checkbox"/> 工作電話 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 留言電話		
郵寄聯絡 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	關係類別或者所起的作用	法定關係	與申請人住在一起 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

請說明在觀察期內申請人的殘障情況及年齡。

成年申請人簽名	日期
法定代表簽名	日期
法定關係	

**發展殘障服務處資格審定請求書
填寫方法說明**

申請人資訊

特此提交此請求書，為申請人申請獲得發展殘障服務處服務的資格。請完整填寫此部份內容。如果申請人沒有電話，請填寫無。

聯絡人

聯絡人係指能與申請人聯絡者；或者當本處無法聯絡申請人時，能為我們提供聯絡資訊者。在沒有法定代表的情形下，則要求填寫能為申請人提供幫助者的姓名或權益維護團體之名稱，用於「需要膳宿補助」(NSA)通知之目的，除非申請人提交書面請求不讓本處把該通知函寄送給任何其他人士。（華盛頓州行政法規第388-825-100條規定）

法定代表

法律代表係指：年齡不滿18歲者的家長、某人的法定監護人、某人的權限有限之監護人（若該位權限有限之監護人對保健問題有決定權限）、某人的律師、某人的有實際決定權之代理人（已獲授權並受託就保健問題做出決定的代理人），或者獲法律授權而擔任當事人的代理人之其他人士。若申請人無法定代表，請空出此欄或者寫明不適用。

申請人通常的居住狀況

請勾選最能準確說明申請人居住地點之方框。

請說明在觀察期內申請人的殘障情況及年齡。

您對這些問題的回答將有助於本處瞭解申請人可能患有何種類型的殘障。若需要更多的填寫欄位，請在表格的背面或加頁填寫。

申請人和（或）法定代表之簽名

若申請人年齡不滿18歲，則必須由其家長或法定代表簽署此表格，並寫明日期。若申請人年滿18歲或以上，則必須由申請人本人或者其家長或法定代表簽署此表格，並寫明日期。

申請人的收入來源

請勾選所有適用於申請人情況之方框。

醫療保險

申請人的醫療保險（若有的話）屬於哪一類別？請寫明醫療保險的類別。若申請人沒有醫療保險，請填寫無。若申請人有聯邦醫療保險方案福利，請填寫聯邦醫療保險方案的號碼以及保險類別。

申請人的族裔以及下列相關西班牙族裔的部份

對於每一部份，請祇勾選其中的一項。

語言

請填寫申請人的第一語言，包括美國手勢語(ASL)或其他手勢語、盲文，或者聾啞人士電傳打字設備或其他溝通設備（如果申請人使用這類設備的話）。若申請人要求請一位口譯人員，請勾選該方框以示需要。

起重要作用的參與者

起重要作用的參與者係指在申請人的生活中起到重要作用或者為申請人的生活及福利提供幫助者。例如親生或領養父母、祖父母、姑、嬸、姨、舅母、叔叔、伯父、舅舅、姑父、姨父、兒童與家庭服務處（為兒童服務）的社會福利工作人員、朋友、利益維護人，以及法定監護人。對於與「法定」相關的內容，若您不能肯定應勾選哪一項，可以填寫**不清楚**。若有監護人，本處將要求提供法庭在指定監護人時所下達之命令的副本。若申請人係領養子女，本處將要求提供合法領養之法律文件的副本

學校或日間計畫

申請人日常參加的任何計畫，例如早期干預計畫、學校教育，或其他計畫。若申請人沒有參加任何日常的外部計畫，請填寫**不適用**。

其他評註

您可以空過這一部份，或者填寫您認為可能有助於資格審定的任何其他簡短評註。

要求隨附的文件清單

- 所有內容均已完整填寫並有簽名的申請書。
- 說明申請人殘障情況的任何醫學或心理評測報告之副本。
- 允許交換保密資訊之同意書（須有簽名），務必請包括所有服務提供者的地址及電話號碼。
- 證明申請人在華盛頓州居住的憑據之影印件（水電費賬單、選民登記證等）。若申請人為兒童、則應提交有監護權家長的證明文件。
- 經過簽署的醫療保險機動性與責任法案(HIPAA)（保護隱私權通知書）
- 社會安全卡副本或社會安全號碼證明文件之副本（若有的話）。
- 法庭下達的子女養育計畫命令之副本（若適用請提交）。
- 監護權文件之副本（若適用請提交）。
- 出生證或合法領養文件之副本。

若不提交所要求的全部文件，則不能批准此申請書。如果您有任何疑問，請打電話向發展殘障服務處的地方辦事處詢問。

免費電話號碼如下：

地區1	Spokane	1-800-462-0624	地區4	Seattle	1-800-314-3296
地區2	Yakima	1-800-822-7840	地區5	Tacoma	1-800-248-0949
地區3	Everett	1-800-788-2053		Bremerton	1-800-735-6740
	Bellingham	1-800-239-8285	地區6	Tumwater	1-800-339-8227
				Vancouver	1-888-877-3490